



Recommandations et Références

- 1 Devant une douleur aiguë de la fosse iliaque droite, les éléments qui, lorsqu'ils sont associés, permettent de surseoir à l'appendicectomie sont :

 - l'absence de réaction pariétale à la palpation abdominale,
 - l'absence de température supérieure ou égale à 38°,
 - l'absence d'hyperleucocytose supérieure à 10 000 éléments/mL.

Un nouvel examen clinique, à domicile ou en hospitalisation, est souhaitable dans les 6 à 12 heures suivantes. Si des médicaments ont été prescrits (antispasmodiques, antalgiques), ils ne doivent pas être renouvelés avant un nouvel examen clinique effectué au terme de leur délai d'efficacité thérapeutique. Devant une douleur aiguë de la fosse iliaque droite, l'antibiothérapie n'a pas à être utilisée comme test thérapeutique.
- 2 Dans le cadre de l'appendicectomie, l'antibioprophylaxie est débutée à l'induction anesthésique, en administration intraveineuse. Les antibiotiques recommandés sont des céphalosporines actives sur les bactéries aérobies et anaérobies : céfoxitine et céfotétan. En cas d'allergie, on utilise l'association métronidazole + aminoside, ou clindamycine + aminoside. L'association aminopénicilline-inhibiteur de bêtalactamase peut être utilisée, en particulier chez l'enfant. Le traitement, administré en dose unique, est suffisant dans le cas d'une appendicite simple. En cas d'appendicite compliquée, l'administration d'antibiotiques est poursuivie au minimum pendant 48 heures.
- 3 La surveillance postopératoire est clinique. La sortie est autorisée en fonction de l'obtention de l'apyrexie, de la reprise du transit intestinal et de l'absence de signe abdominal anormal. Les données scientifiques ne permettent pas d'imposer une durée minimum de surveillance. Une sortie avant le troisième jour est possible, si le patient ou l'entourage sont clairement informés de l'éventualité d'une complication. Le rôle du médecin traitant est fondamental.
- 4 La radiographie sans préparation de l'abdomen (ASP) est inutile au diagnostic positif de l'appendicite, sauf chez le jeune enfant. L'étude échographique de l'appendice peut être utile lorsque le diagnostic clinique est difficile ou douteux. Une échographie appendiculaire jugée normale n'élimine pas le diagnostic d'appendicite. L'échographie abdomino-pelvienne a un rôle dans le diagnostic différentiel de l'appendicite et dans celui des abcès pelviens.

- 5 L'appendicectomie peut être réalisée par coelioscopie ou par voie classique. Les résultats des études publiées ne permettent pas de privilégier une technique par rapport à l'autre.
- 6 L'examen anatomopathologique est indispensable, quel que soit l'aspect macroscopique de l'appendice.
- 7 L'ensemble de ces recommandations est applicable à l'enfant. Cependant, l'appendicite de l'enfant a certaines particularités. Devant une douleur abdominale aiguë chez l'enfant, il faut penser à une urgence chirurgicale et en premier lieu à une appendicite aiguë, avec pour conséquence la réalisation d'une appendicectomie dans les meilleurs délais. Si la clinique est évocatrice, il ne faut pas hésiter à demander un avis chirurgical en urgence. Il faut prévenir les parents que cette situation peut déboucher sur une brève hospitalisation en milieu chirurgical. La décision de l'appendicectomie pourra être prise dans un second temps. Chez l'enfant, et tout particulièrement chez le jeune enfant et chez la fille au stade prépubertaire, des examens complémentaires (examen des urines, échographies, voire radiographie simple de l'abdomen et du thorax...) sont souvent utiles au diagnostic. Devant une douleur abdominale aiguë chez l'enfant, comme chez l'adulte, l'antibiothérapie n'a pas à être utilisée comme test thérapeutique.
- 8 L'appendicite, premier motif d'intervention en chirurgie digestive en France, devrait donner lieu à une évaluation continue des pratiques médicales, en privilégiant les études prospectives contrôlées multicentriques.